

PICOT-CLINIC, ACRÓNIMO PARA LA INFERENCIA DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO EN ENFERMERÍA

PICOT-CLINIC, ACRONYM FOR INFERENCE OF CLINICAL REASONING IN NURSING

PICOT-CLINIC, ACRÓNIMO PARA A INFERÊNCIA DO RACIOCÍNIO CLÍNICO EM ENFERMAGEM

Carlos Melo-Dias¹

1 RN, MSN, PhD, Psychiatric-Mental Health Clinical Nurse Specialist (PMHCNS), Profesor adjunto en la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra. Investigador responsable del proyecto PBE-MENTAL, Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería (UICISA:E). Investigador en Portugal Centre for Evidence Based Practice: A JBI Centre of Excellence (PCEBP).

<https://orcid.org/0000-0002-1259-9204>

cmelodias@esenfc.pt

Recibido: 12/08/2019

Aceptado: 23/04/2020

Para citar este artículo:

Melo-Dias, C. (2020). PICOT-clinic, acrónimo para la inferencia del razonamiento clínico en enfermería. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (58). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.23>

ABSTRACT

Objective. To present the coding of PICOT-clinic acronym, as an approach to improve the inference, deduction, induction processes of clinical reasoning in Nursing. **Method.** Coding of PICOT-clinic stages are integrated in consecutive and consequent transition on clinical reasoning in Nursing, based on a theoretical framework of Nursing, on fundamental patterns of Nursing knowledge, on Nursing care quality patterns of the Order of Nurses, on the vulnerability, as well as on the client's recovery potential, and on the dimensions of human responses, propitiating the formulation of the Nursing Diagnoses, respecting the principles of prioritization of Nursing diagnoses, planning the prescription of Tailored Nursing Interventions associated with SMARTp objectives. **Results.** The PICOT-clinic acronym as a process for the systematization of Nursing care clinic rationale, presents the five stages, P: person to take care of; I: Inference, deduction and induction of clinical reasoning; C: comparison of clinical data; O: Outcomes expected for the client; T: Type and design of Nursing interventions. **Conclusion.** PICOT-clinic is a structured organizer of debate that influences the different forms of nurses' reasoning in the deepening of knowledge, in the theoretical-practical integration, in the critical thinking skills, in the intrinsic socialization to Nursing practice, focused on the circumstance/real situation.

KEY WORDS: Clinical Reasoning; PICOT-clinic; nursing; tailored nursing interventions; prioritization; knowing



Correspondencia: Endereço: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra UCP
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Rua 5 de Outubro (Pólo B), Apartado 7001. 3046-851
Coimbra, Portugal Tel: 239802850. Tlm: 933728989
Correo electrónico de contacto: cmelodias@esenfc.pt

RESUMEN

Objetivo. Presentar la codificación del acrónimo PICOT-clinic, como abordaje de mejora de los procesos de inferencia, deducción, inducción del razonamiento clínico en Enfermería: **Método.** Codificación de las etapas del PICOT-clinic se integran en transición consecutiva y consecuente en el razonamiento clínico, sostenidas por referencial teórico de Enfermería, los patrones de calidad de los cuidados de enfermería de la Orden de los enfermeros, la vulnerabilidad, así como el potencial de recuperación del cliente y las dimensiones de respuesta humana, propiciando la formulación de los Diagnósticos de Enfermería, respetando los principios de priorización de diagnósticos de Enfermería, planificando la prescripción de Intervenciones de Enfermería Focalizadas asociado con los objetivos SMARTp. **Resultados.** El acrónimo PICOT-clinic como proceso para la sistematización del razonamiento de la clínica de los cuidados de Enfermería, presenta cinco etapas, P: persona a cuidar; I: Inferencia, deducción e inducción del razonamiento clínico; C: comparación de datos clínicos; O: Outcomes esperados para el cliente; T: Tipo y diseño de las intervenciones de Enfermería. **Conclusión.** El PICOT-clinic es un organizador de debate estructurado que influye las diferentes formas de razonamiento de los enfermeros, la integración teórico-práctica, habilidades de pensamiento crítico, socialización intrínseca y ejercicio de la enfermería, enfocado en la situación real.

PALABRAS CLAVE: Razonamiento clínico; PICOT-clinic; enfermería; intervenciones de enfermería focalizadas; priorización; conocimiento

RESUMO

Objetivo. Apresentar a codificação do acrónimo PICOT-clinic, como abordagem de melhoria dos processos de inferência, dedução, indução do raciocínio clínico em Enfermagem: **Método.** Codificação das etapas do PICOT-clinic, integradas em transição consecutiva e consequente no raciocínio clínico em Enfermagem, sustentadas num referencial teórico de Enfermagem, nos padrões fundamentais do conhecimento em Enfermagem, nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, na vulnerabilidade, bem como no potencial de recovery do cliente e nas dimensões de resposta humana, propiciando a formulação dos Diagnósticos de Enfermagem, respeitando os princípios de priorização de diagnósticos de Enfermagem, planeando a prescrição de Intervenções de Enfermagem Focadas associadas a objetivos SMARTp. **Resultados.** O acrónimo PICOT-clinic como processo para a sistematização do raciocínio da clínica dos cuidados de Enfermagem, apresenta cinco etapas, P: pessoa a cuidar; I: Inferência, dedução e indução do raciocínio clínico; C: comparação dos dados clínicos; O: Outcomes esperados para o cliente; T: Tipo e desenho das intervenções de Enfermagem. **Conclusão.** O PICOT-clinic é um organizador de debate estruturado que influencia as diferentes formas de raciocínio dos Enfermeiros no aprofundamento do conhecimento, na integração teórico-prática, nas habilidades de pensamento crítico, na socialização intrínseca ao exercício da Enfermagem, focado na circunstância/situação real.

PALAVRAS-CHAVE: Raciocínio clínico; PICOT-clinic; enfermagem; intervenções de enfermagem focadas; priorização; conhecimento

INTRODUÇÃO

O desafio de pensar criticamente em Enfermagem, num exercício clinicamente autónomo ao serviço duma profissão e duma missão, nomeadamente os ganhos em saúde e em conhecimento dos seus intervenientes, perspectiva-se neste artigo numa imersão reflexiva nos padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem e nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, expondo a codificação do acrónimo PICOT-clinic com a finalidade de constituir uma abordagem de melhoria dos processos de inferência, dedução, indução do raciocínio clínico em Enfermagem.

A apresentação deste ensaio decorre pela concetualização que sustenta o raciocínio clínico, desde os padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem, aos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, bem como a escolha pertinente de objetivos SMARTp e dos indicadores de resultado, nas dimensões, sensório-neuro-motora, cognitiva e psicossocial, e ainda concretizando a formulação de Intervenções de Enfermagem Focadas.

Após este background, a metodologia enforma a perspectiva da moldagem do modelo de acrónimo PICOT-clinic, convocando os resultados e seu debate para a exposição técnica e dinâmica dos componentes do acrónimo PICOT-clinic como processo, ferramenta e método ao serviço do raciocínio clínico de Enfermagem.

O raciocínio clínico na prática de Enfermagem é um processo de pensamento fundamentado nos conhecimentos teóricos (também compreendido como explícito) e práticos (também compreendidos como tácitos) da experiência profissional e pessoal do Enfermeiro, envolvendo integrativamente a complexidade, a reflexividade, a criatividade, a intuição e a cognição – do enfermeiro, do cliente em foco, e da própria circunstância e contexto – de modo a sistematicamente selecionar, comparar, testar, inferir e decidir sobre as evidências clínicas do e para percurso clínico do cliente, gerando decisões e conclusões que permitam atingir resultados esperados (Melo-Dias & Lopes, 2010).

Esta sistematização, aceita-se que aumenta a precisão e acuidade, minimizando o erro, podendo com a sua modelação da prestação de cuidados ter impacto na rapidez de obtenção de resultados e na brevidade da alta clínica (Magalhães & Lopes, 2013).

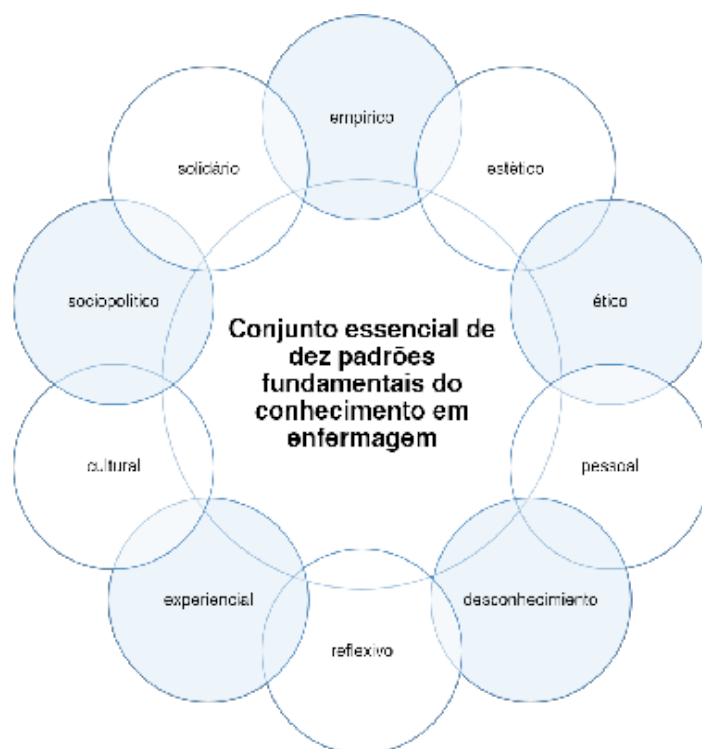
Este raciocínio clínico sublinha-se também nos conhecimentos multifacetados e integrativos do Enfermeiro perante as experiências diversas da clínica, da avaliação das informações em cenários e situações profissionais onde frequentemente não há a resposta clara, e onde a criatividade ponderada com a evidência permite alcançar uma originalidade autónoma com soluções efetivas para essas problemáticas clínicas (Papathanasiou, Kleisariis, Fradelos, Kakou, & Kourkouta, 2014).

Dez padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem

Neste sentido, o processo de raciocínio e decisão clínicos em Enfermagem concretizam-se na prática clínica através da formulação/prescrição de intervenções, em que o Enfermeiro perante as possibilidades e opções disponíveis e existentes constrói um plano/modelo de atividades/intervenções dirigido ao(s) cliente(s) e às suas necessidades.

Para esta formulação, assume-se aqui numa agregação original, a referenciação a um conjunto essencial de dez padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem, dando relevo às múltiplas formas de conhecimento que caracterizam a diversidade epistemológica da Enfermagem, a saber: o empírico, o estético, o ético, o pessoal, o desconhecimento, o reflexivo, o experiencial, o cultural, o sociopolítico, e o solidário (figura 1).

Figura 1. Conjunto essencial de dez padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem



A ação desta prática clínica de Enfermagem simultaneamente pessoalizada e complexa, exige a integratividade inclusiva de todos estes dez padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem (doravante padrões PFCE) numa perspetiva de criação do conhecimento pelo próprio Enfermeiro, enquanto participante da realidade e não de uma mera descoberta da realidade externa (Chinn & Kramer, 1995), que se concretiza a amplificação e escalada do conhecimento em Enfermagem e se faz acontecer no cuidar e obtenção do bem-estar, na promoção da autonomia e da capacitação de cada cliente para o autocuidado e do funcionamento pessoal e social. São assim, coletivamente, estes padrões PFCE, as fundações ontológicas (natureza do cuidar) e epistemológicas (o seu conhecimento) da disciplina de enfermagem (Waldow, 1998; Queirós, 2014, p. 778; Sakamoto, 2018).

Na reflexão sobre raciocínio clínico em Enfermagem, estes padrões PFCE acontecem numa dinâmica integrada, inclusiva, interdependente e/ou em sobreposição (Smith, 1992; Johns, 2010; Heath, 1998; Melo-Dias & Lopes, 2010; Queirós, 2014).

Propõe-se neste artigo, originalmente, a composição agregada de dez padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem (padrões PFCE), incluindo um “novo” padrão do conhecimento em enfermagem, “o conhecimento solidário” (Carper, 1978; Schön, 1983; Leininger & Watson, 1990; Chinn & Kramer, 1995; Munhall, 1993; Roach, 2002; Benner, Hughes, & Sutphen, 2008; White, 1995; Wolff, 1996) (Heath, 1998; Silva & Batoca, 2003; Kim & Kollack, 2006; Zander, 2007; Nunes, 2010; Johns, 2010; Melo-Dias & Lopes, 2010; Waldow & Borges, 2011) (Vale & Pagliuca, 2011; Queirós, 2014; Baixinho, Ferraz, Ferreira, & Rafael, 2014; Portugal, 2015; Sakamoto, 2018; Ortiz, 2018) (considerar os seguintes quadros de 1 a 10) em síntese:

Quadro 1- Conhecimento Empírico

Conhecimento Empírico

- Conhecimento específico da ciência de enfermagem, é factual, descritivo, objetivo e lógico.
- Desde os escritos de Florence Nightingale até aos teóricos mais recentes
- É o conhecimento base de Enfermagem, que contém princípios que guiam implícita e explicitamente o pensamento sobre ser e fazer em Enfermagem, nos quais se pode fundamentar o raciocínio, e também fundamentar as próprias estratégias de análise e de avaliação das evidências

Quadro 2- Conhecimento Estético

Conhecimento Estético

- Relaciona-se com a expressividade, sensibilidade, subjetividade e criatividade do Enfermeiro, que utiliza este padrão de “saber como”, para trabalhar com fenómenos “não quantificáveis”, como a intuição e compreensão, acedendo desta forma ao “todo” da situação que decorre da vivência própria do Enfermeiro com o comportamento do cliente

Quadro 3- Conhecimento Ético

Conhecimento Ético

- Requer a compreensão das diferentes posições filosóficas sobre o que é “bom”, o que “deveria ser desejado”, o que é “correto”, tentando promover o insight sobre possíveis escolhas
- Não serve para prescrever a decisão a ser tomada mas para a justificação de “para quê”, e ainda de análise das ações à luz dos deveres, direitos e demais legislação

Quadro 4- Conhecimento Pessoal

Conhecimento Pessoal

- Refere-se à reflexão e significado das experiências vividas pelo Enfermeiro, tornando consciente o si próprio, conhecendo-se a si próprio e ao outro, identificando-se a si e ao outro, no cuidado humano, exigido e manifesto na relação interpessoal proativa e empática

Quadro 5- Desconhecimento

Desconhecimento

- Refere-se à circunstância de que o enfermeiro não sabe, nem pode saber nem compreender o cliente quando apenas o está a conhecer pela primeira vez.
- Pretende-se evitar suposições baseadas na perspetiva pessoal e subjetiva do enfermeiro, disponibilizando-se o Enfermeiro para a escuta ativa do seu cliente, trabalhando em parceria numa relação terapêutica, aceitando a imprevisibilidade dos dilemas éticos e dos limites do conhecimento empírico. Este desconhecimento, em conjunto com os restantes padrões, constrói a perícia clínica

Quadro 6- Conhecimento Reflexivo

Conhecimento Reflexivo

- Refere-se à complexidade crescente dos contextos, na sua dinâmica, amplitude e multiplicidade, exigindo uma prática reflexiva como abordagem única para o estabelecimento de argumentos razoáveis de resposta às situações
- Esta refletividade permite a crítica, o teste e a reestruturação do conhecimento de todos os padrões de conhecimento, relativamente a cada um e relativamente à dinâmica entre todos
- No mesmo sentido exige ao Enfermeiro, habilidades de autoconsciência, descrição, análise crítica, avaliação e síntese

Quadro 7- Conhecimento Experiencial

Conhecimento Experiencial

- Desenvolve-se da relação interpessoal do Enfermeiro com o cliente, numa compreensão empática que se revê como humanista, interpessoal e intersubjetiva, de alguém que cuida de alguém, só se desenvolvendo e incrementando como proficiente para quem participa nessa mesma experiência clínica de cuidar em Enfermagem
- Inclui a intuição como um processo em que “de alguma forma” o Enfermeiro sabe algo do outro e da sua circunstância, que não se consegue verbalizar, ou não se consegue determinar a sua fonte. Esta intuição edifica a componente do “saber como” que não tem uma explicação nem descrição baseada na lógica
- Este conhecimento experiencial exige do Enfermeiro uma pessoa preparada e um ambiente profissional enriquecido, que permita uma reconversão de noções pré-concebidas à medida que disponibiliza tempo e cuidado nessa relação interpessoal, onde refletindo e narrando esta experiência de cuidar, esclarece, amplia, e acrescenta no seu desenvolvimento da identidade profissional e ético-moral

Quadro 8- Conhecimento Cultural

Conhecimento Cultural

- Refere-se ao cuidar sintónico e congruente com a cultura dos intervenientes na relação e circunstância de cuidar, o Enfermeiro e o cliente
- O cuidado de Enfermagem inclui este conhecer transcultural, transversal e universal, por entre pessoas, culturas e geografias, numa realidade complexa e multicultural, rica em diversidade de fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes
- Exige ao Enfermeiro o insight de que o cuidado é também culturalmente aprendido, nos seus significados, expressões, modos e padrões, garantindo que se provê no compromisso da dignidade, integridade e respeito dos intervenientes

Quadro 9- Conhecimento Sociopolítico

Conhecimento Sociopolítico

- Refere-se à múltipla interpretação dos contextos sociopolíticos, de cada um dos intervenientes, o Enfermeiro, o Cliente e a sociedade, relativamente à Enfermagem, e vice-versa
- Esta contextualização sociopolítica é intrínseca a cada interveniente, engloba os poderes, as opiniões expressas e as não expressas, e influencia continuamente a arquitetura dos construtos saúde, doença, causas e consequências e identidade sociocultural, concretizando-se na postura ético-política das ideias e ações da Enfermagem

Quadro 10- Conhecimento Solidário

Conhecimento Solidário

- Refere-se ao “estar em causa para si mesmo e para o outro”, é um simultâneo dever de solidariedade e um direito de exercer a solidariedade com o outro, semelhante ou diferente de si
- É assumir a situação de com quem se solidarizou e tentar transformá-la. É o “estar sendo” como proteção de direitos e construção de conhecimentos
- Está devidamente configurado nos desígnios da Ordem dos Enfermeiros de Portugal, “promove a solidariedade entre os seus membros” (Artigo 3.º), “o altruísmo e a solidariedade” (Artigo 99.º, alínea d); “ser solidário com a comunidade...” (Artigo 100.º); e “ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional” (Artigo 111.º, alínea b) (Portugal, 2015)
- Apresenta aspetos focados em três dimensões, a saber, no Cliente (como expressão de humanização, de cuidar), no Enfermeiro (na demonstração de solidariedade de uns pelos outros Enfermeiros, apoiando-nos reciprocamente – em particular nos momentos difíceis, quer no cenário crise social quer no cenário do desenvolvimento profissional) e nos demais intervenientes na saúde e a sociedade (na interseção privilegiada dos Enfermeiros e da Enfermagem com a sociedade na melhoria global do bem-estar, numa práxis solidária num plano crítico e pautado no autogoverno da profissão, no envolvimento dos Enfermeiros promovendo ambientes saudáveis, comunidades justas e equilíbrio de desigualdades)
- Convoca a mediação de interesses, numa inevitável politicidade da ajuda

Neste conhecimento solidário, enquanto primeira assunção, apresenta-se um conveniente conjunto de argumentos, que atestam este conhecimento solidário como padrão de conhecimento em Enfermagem, referindo-se a um “estar em causa para si mesmo e para o outro”, é um simultâneo dever de solidariedade e um direito de exercer a solidariedade com o outro, semelhante ou diferente de si.

Como na referência de Heidegger, a relação consigo mesmo têm um caráter de relação existencial, do “ser-o-aí”, consigo próprio e com o exterior de si (pelo interesse ou pela não-indiferença ao que se encontra/existe nesse “exterior”), assumindo que este si interior e si exterior estão constantemente em causa em si mesmo (Lima, 2012, p. 197).

Este solidarizar-se com o outro é assumir a situação de com quem se solidarizou e tentar transformá-la. É o “estar sendo” como proteção de direitos e construção de conhecimentos que acontecem numa práxis dialógica e solidária (Gomes & Ramos, 2015, p. 18), numa descoberta e vinculação à vida como um bem e um dom a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros (Vale & Pagliuca, 2011; Fernandes, Verissimo, & Gama, 2013).

É uma solidariedade humana identificada com a “humanidade como tal” (Rorty, 1989, p. 198) como a marca registada da ciência e que os objetos de investigação (científicos ou não) não são sua natureza, mas sim o que eles fazem na sua contextualização” (Kim & Kollack, 2006).

Este conhecimento solidário, este estar em causa para si mesmo e para o outro, que tem interesses e responsabilidade mútua, apresenta aspetos focados em três dimensões, a saber, o Cliente, o Enfermeiro, e os demais intervenientes na saúde e na sociedade.

No conhecimento solidário – dimensão Cliente – a solidariedade como expressão de humanização, de cuidar, está associada à preocupação pelo outro, perceber a vulnerabilidade do outro, e articula-se de duas maneiras: no cuidado empiricamente competente e responsável, e no cuidado compreensivo e pessoal (Waldow & Fensterseifer, 2011; Waldow & Borges, 2011), constituindo uma valiosa oportunidade para um processo de intercâmbio de sensibilidade e de humanização (Pessini, 2002; Fernandes, Verissimo, & Gama, 2013), uma oportunidade fundamental da “presença solidária”, que suscita também a expressão de compaixão, isto é, a empatia traduzida em ação solidária (Pessini, 2002, p. 66).

Este ato e conhecimento solidário contribui também para a identificação das necessidades singulares das pessoas, respeitando a individualidade revelada no cuidar e receber o ato solidário (Vale & Pagliuca, 2011).

A solidariedade aproxima-se também da generosidade, mas sem se confundir com paternalismo ou assistencialismo. É um compromisso, um exercício de cidadania, embora conviva de perto com a ambivalência e a ambiguidade (Waldow & Fensterseifer, 2011), relativas à dependência e poder na ação, desse ato solidário.

No conhecimento solidário – dimensão Enfermeiro – manifesta-se na demonstração de solidariedade de uns pelos outros Enfermeiros, apoiando-nos reciprocamente – em particular nos momentos difíceis – um turno difícil, clientes complexos, da defesa por garantir de dotações seguras nas equipas, e numa maior eficiência no atendimento dos clientes, numa visão ampla, clarividente e holista (Blakey, 2015).

Nesta dimensão solidariedade com o Enfermeiro, dois cenários podem ser desenhados, o cenário crise e o cenário desenvolvimento profissional. No primeiro, as medidas de redução de custos, típicas em fases de crise, onde em particular os Enfermeiros são solicitados constantemente a fazer “mais com menos” (Robinson, 2012), encostando os Enfermeiros no limite da cidadania e da dignidade, mas que com a solidariedade e autonomia interpares, buscam incessante a procura de soluções para os problemas reais num conhecimento socialmente digno, coletivo e solidário. No segundo, obtendo a partilha de conhecimentos profissionais, métodos e habilidades entre pares, fortalecendo a solidariedade profissional, confiança, unidade, empatia, respeito e senso de poder, mais proficiente se numa equipa com uma atmosfera de solidariedade e confiança e apoiados na meritocracia (Sepasi, Borhani, & Abbaszadeh, 2017; Dan, et al., 2018).

É um conhecimento que essencialmente se cunha como valor moral e ético, imprescindível no desempenho desta “bela profissão” (Vivar, 2013), numa demonstração de solidariedade pelos Enfermeiros, como forma de fazer o bem de inúmeras maneiras, superando as dificuldades (Robinson, 2012).

No conhecimento solidário – dimensão sociedade – reconhece-se na interseção privilegiada dos Enfermeiros e da Enfermagem com a sociedade como um todo e na melhoria global do bem-estar, numa práxis solidária, pautada no autogoverno profissional como agente de mudança, ligada ao mundo como ele é, leal ao sujeito do diálogo (Premji & Hatfield, 2016; Gomes & Ramos, 2015, p. 16).

O envolvimento dos Enfermeiros na dimensão social é fundamentado na premissa de que a saúde e o bem-estar dependem de ambientes saudáveis e comunidades justas, pelo que além da promoção e do equilíbrio de desigualdades, inclui abordagens com conhecimento inovador na prestação de cuidados. O impacto é global, mas também regional e local na produtividade das mais diversas organizações, em perspetiva da proeminência dos 13 milhões de Enfermeiros no Mundo com um mesmo potencial de filosofia de melhor saúde para todos (Premji & Hatfield, 2016; Chinn, 2017).

Este ato e conhecimento solidário, também político (Egry, 2011), coloca-se muitas vezes em contraste como os modelos de gestão em uso, como que pertencendo a “mundos distintos” (Gomes & Ramos, 2015) expando a ambivalência entre o individual e o solidário, entre o dominante e a cooperação solidária, entre a dependência e a ajuda (Pires, 2005; Gomes & Ramos, 2015).

É um conhecimento solidário que convoca a mediação de interesses, numa inevitável politicidade da ajuda (Pires, 2005), mas que pretende reelaborar a relação de poder entre prestador de cuidados e a sociedade como cliente.

Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem

Os ganhos em saúde potenciados pela ação do Enfermeiro podem antever-se na finalidade estratégica oferecida pelos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Assim, dos definidos seis padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) reportando-nos apenas aos cinco enunciados descritivos implicados na pragmática clínica Enfermeiro-Cliente temos: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e ao autocuidado dos clientes, e a readaptação funcional.

Quadro 11- 5 dos seis padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, considerados implicados na pragmática clínica Enfermeiro-Cliente

Satisfação dos clientes	Promoção da saúde	Prevenção de complicações	Bem-estar e ao autocuidado dos clientes	Readaptação funcional
<ul style="list-style-type: none"> São considerados as seguintes variáveis: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos convintes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> São considerados as seguintes variáveis: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> São considerados as seguintes variáveis: a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas pontenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega. 	<ul style="list-style-type: none"> São considerados as seguintes variáveis: a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas pontenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente. 	<ul style="list-style-type: none"> São considerados as seguintes variáveis: a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a optimização das capacidades do cliente e dos convintes significativos para gerir o regimen terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

(Adaptado de Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Objetivos clínicos e intervenções

Para a correta ponderação dos objetivos clínicos a estabelecer e para uma pertinente escolha dos indicadores de avaliação, precisamos focar-nos nas três dimensões de resposta humana: Sensorio-neuromotora, Cognitiva e Psicossocial (Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2014, p. 17; Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2016; Melo-Dias C., 2020a? no prelo), sendo que em objetivos SMART (Doran, 1981) temos o conceito clássico em que S= Específico, M=Mensurável, A=Alcançável, R=Realista, T=Temporizável.

Os objetivos, são por regra, quantificáveis/mensuráveis e a sua redação deve apresentar o que se pretende alcançar num determinado período de tempo, considerando quatro aspetos cruciais: 1º Coerência & Integração com a atividade proposta; 2º Proporcionalidade entre os resultados esperados, os meios e o tempo disponíveis; 3º Focalização nos resultados prioritários/principais do desempenho (Melo-Dias C., 2015a), e ainda 4º a Perspetiva Positiva da aquisição e/ou do desenrolar da experiência.

Estabelece-se assim originalmente a sigla SMARTp em que p representa positivo, isto é, a estratégica influência na estética e na perspetiva da proposta de objetivo vai clarificar o que se pretende, nesta filosofia, num modo positivo seja na dimensão clínica ou até na cultural e ética desse cliente.

Por exemplo, ao raciocinar sobre o diagnóstico de enfermagem de “tristeza moderada” se ponderarmos como objetivo “demonstrar diminuição do grau de tristeza em 12 dias” influenciaremos/contaminamos as intervenções com uma filosofia protetora e orientada para a tristeza. No oposto, ponderando como objetivo “demonstrar momentos de alegria/felicidade em 12 dias” podemos contar com uma influência/contaminação positiva, orientada para a criação de momentos, atividades, experiências e interações pessoais e sociais de expressão de emoções positivas.

Esta convocatória do positivo, sem desperdício de tempo e energia, orientando a ação para o que importa fazer, constrói-se na mesma perspetiva de saúde mental positiva, em que se promovem as qualidades da pessoa, se perspetiva a otimização do potencial, e se materializa em indicadores de integração, adaptação e de bem-estar (Jahoda, 1958; Lluch, 2003; Sequeira, 2006).

A formulação das intervenções autónomas atende com concentração e continuidade ao específico e pessoal de cada cliente, incorporando nas evidências a pessoalização. Esta estratégia das Intervenções de Enfermagem Focadas (IEF) são particularmente úteis nos domínios de estabilização clínica: vital, homeostasia, e qualidade de vida), do ensino-aprendizagem e no coping relacionado com as doenças e tratamentos, e das estratégias de gestão do burden dos sintomas (crónicos) e do projeto de recuperação/vida, explicitando quantitativamente e qualitativamente resultados clínicos das e nas pessoas. São as IEF que concretizam as ações congruentes dos Enfermeiros, num duplo processo, a especificidade e a personalização, ou seja, por um lado são sensíveis e dão resposta às necessidades humanas fundamentais de cada cliente (baseado na evidência e no estado da arte), e por outro lado são sintónicas e adaptativas ao funcionamento, estilo de vida e sucesso de cada um dos clientes (Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2016, p. 67; Melo-Dias C. , 2020a? no prelo; Melo-Dias C. , 2020b? no prelo).

A avaliação da resposta e funcionamento pessoal e social é feita através dos indicadores de avaliação definidos no planeamento (Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2014, p. 21; Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2016, p. 63; Ordem dos Enfermeiros, 2001). Na NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem) um indicador de resultado de enfermagem é uma variável específica que reage a uma intervenção de enfermagem, correspondendo a um estado, comportamento, sentimento ou expressão de perceções observáveis ou avaliações relatadas pelo cliente, caracterizado num nível concreto. Cada resultado é avaliado por uma escala likert de cinco pontos que quantifica um continuum do menos desejável [1], para o mais desejável [5], fornecendo uma pontuação em determinado momento do tempo (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010), numa perspetiva de outcomes/resultados mínimos aceitáveis.

Concretizar a disponibilização de intervenções seguras e de qualidade requer conhecimento técnico, capacidade de pensar e julgar criticamente e experiência, pelo que a expectativa de elevado desempenho dos enfermeiros vai sempre depender da aprendizagem contínua, da responsabilidade profissional, da tomada de decisão independente e interdependente e das habilidades criativas de resolução de problemas (Benner, Hughes, & Sutphen, 2008).

É finalidade deste artigo a apresentação da codificação do acrónimo PICOT-clinic, como abordagem de melhoria dos processos de inferência, dedução, e indução do raciocínio clínico em Enfermagem.

MÉTODO

A codificação de cada uma das etapas do PICOT-clinic são integradas e em transição consecutiva e consequente no raciocínio clínico em Enfermagem, sustentadas num referencial teórico de Enfermagem, nos dez padrões fundamentais do conhecimento em Enfermagem, em cinco padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, na vulnerabilidade do cliente, no potencial de recovery do cliente e nas suas dimensões de resposta humana.

Este acrónimo PICOT, provindo da formulação de questões de investigação enquanto seu ambiente natural, adapta-se à clínica dos cuidados de Enfermagem, como PICOT-clinic, de modo a estruturar a dinâmica da inferência, dedução e indução do raciocínio aplicado ao processo de enfermagem como base fundamental do pensamento crítico em Enfermagem, na transição consecutiva e consequente de cada uma das suas etapas, desde a colheita à avaliação dos dados, a formulação dos diagnósticos de enfermagem, a planificação dos cuidados de enfermagem, a implementação do plano e a avaliação dos outcomes, com maior ênfase na tomada de decisão da prescrição de intervenções de Enfermagem, centradas no cliente e baseadas na evidência e no estado da arte.

RESULTADOS

Parece ser pertinente que ao utilizar-se o questionamento suportado pelo clássico acrónimo PICOT se utilize o modelo (template) (CRD – Centre for Reviews and Dissemination, 2009; Melnyk & Fineout-Overholt, 2010; Echevarria & Walker, 2014; Elias, Polancich, Jones, & Convoy, 2015; Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2016; Sousa, et al., 2018) mais adequado para o enquadramento e/ou situação científica em que nos focamos, desde a investigação à clínica, e nesta perspetiva criativa propõe-se o modelo de acrónimo PICOT-clinic como processo, ferramenta e método, para utilização exclusiva na sistematização do raciocínio da clínica dos cuidados de Enfermagem. Cumprindo a metodologia indicada, o PICOT-clinic consiste em (ver figura 2):

Figura 2 - Acrónimo PICOT-clinic

P	I	C	O	T
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoa a cuidar 	<ul style="list-style-type: none"> • Inferência, dedução, indução 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparação dos dados clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Outcomes esperados para o cliente 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo e desenho das intervenções de enfermagem

DISCUSSÃO

P= Pessoa, cliente ou grupo de clientes, características demográficas, setting e circunstâncias saúde-doença e morbilidades principais, integradas na síntese das catorze Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) dependentes, ou que enfrentam riscos e/ou possíveis desafios à transição desenvolvimental ou na saúde/doença].

I= Inferência, dedução e indução do raciocínio clínico do Enfermeiro, fundamentado em teoria de Enfermagem, tendo em conta os dez padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem, as fontes de dificuldade, a etiologia, os fatores desencadeantes, a vulnerabilidade desse cliente e do seu potencial de resposta, nas três dimensões da transição desenvolvimental ou de resposta humana, sobre o potencial de recovery ou capacidade de estabilização/homeostasia, indicando a formulação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) de entre cada um dos três tipos (consoante o status e/ou factualidade da sua ocorrência): Atual, Risco, e Possível/Promoção da Saúde, respeitando os princípios de priorização de diagnósticos de Enfermagem, a saber, 1. a perspetiva do referencial teórico; 2. a capacidade específica das intervenções do serviço; 3. a cronologia do quotidiano; 4. as preferências/cultura do cliente.

Ter em consideração os dez padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem: nomeadamente, o empírico, o estético, o ético, o pessoal, o desconhecimento, o reflexivo, o experiencial, o cultural, o sociopolítico, e o solidário, numa dinâmica integrada, interdependente e/ou em sobreposição, para a obtenção do bem-estar,

promoção da autonomia e da capacitação de cada cliente.

Ter em consideração a vulnerabilidade do cliente (Zubin & Spring, 1977; Melo-Dias & Silva, 2015): a vulnerabilidade de um indivíduo para qualquer doença representa e determina o risco, a facilidade e a frequência com que determinados desafios à homeostasia possam levar a circunstâncias/episódios de perturbação. Segundo o modelo da vulnerabilidade de Zubin & Spring, as dimensões explicativas são: o tipo de vulnerabilidade, os acontecimentos stressores, e as variáveis moderadoras.

No tipo de vulnerabilidade, enquadra-se a inata (registada nos genes e refletida no ambiente interno e na neurofisiologia do organismo) e a adquirida (decorre da influência da experiência de situações anteriores com trauma, doenças específicas, experiências na família, na intimidade nas amizades interpares e outros acontecimentos críticos de vida). Nos acontecimentos stressores (origem endógena ou exógena) enquadram-se na resposta aos desafios do quotidiano, ou seja, um tipo de acontecimento indesejado e incontroável, que produz perda, e exige um considerável reajuste da rotina diária. Nas variáveis moderadoras, enquadra-se a habilidade de coping premórbida, redes sociais, e o nicho ecológico (cultura, condições habitacionais, relacionamento intrafamiliar e amigos).

Enquanto o grau de stress induzido pelos acontecimentos de vida stressores ficar abaixo do limiar da vulnerabilidade, a resposta do indivíduo ao stressor é feita de forma flexível e homeostática. A resposta de coping eficaz será determinada pela: a) severidade percebida do acontecimento de vida stressor; interpretação individual da carga do potencial stressor; esforços de coping para lidar com; nível de capacidades ou competência geral; o estado de vulnerabilidade da pessoa. A tensão/crise ocorre como resultado da falha dos métodos de coping habituais e de rotina usados para lidar com as ameaças percebidas (Zubin & Spring, 1977; Melo-Dias C. , 2015b; Melo-Dias & Silva, 2015).

Ter em consideração as três dimensões de resposta humana: Sensório-neuro-motora, a Cognitiva e a Psicossocial (Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2014).

Ter em consideração o potencial de recovery do cliente: consiste num viver com qualidade de vida satisfatória, gerindo os constrangimentos da doença aguda ou crónica, do estigma e o auto-estigma (Sartorius, 2002; Corrigan, Watson, Warpinski, & Gracia, 2004) bem como gerindo os estados de autoestima, capacidade de insight, capacidade de ação, empoderamento, funcionamento global e a autoeficácia, apoiados pela procura de cuidados de saúde e pela adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico, e o grau de aceitação do estado de saúde (Mendes, Lopes, & Melo-Dias, 2020? no prelo).

Ter em consideração os tipos de Diagnóstico de Enfermagem (DE) (Phaneuf, 2001, p. 206; Benner, Sutphen, Leonard, & Day, 2009; Ackley & Ladwig, 2014; Herdman & Kamitsuru, 2015): a formulação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) é feita consoante o status e/ou factualidade da sua ocorrência, podendo ser de três tipos: Atual, Risco, e Possível/Promoção da Saúde.

No DE Atual, os dados clínicos que confirmam e suportam a problemática e manifestações são observáveis e numa forma contínua perturbam o equilíbrio e a satisfação das NHF. No DE Risco, os dados clínicos apenas ocorreram anteriormente ao momento da observação e raciocínio, e constituiu um padrão disfuncional das respostas da pessoa (nessa data), pelo que pode vir a repetir esse estado ou crise. No DE Possível/Promoção da Saúde, não há especificamente nenhum dado clínico que convoque risco ou défice, mas a constelação de problemáticas clínicas ou desenvolvimentais perspetivam a necessidade de prevenção ou promoção de conhecimento, coping ou habilidade.

Ter em consideração os quatro Princípios de Priorização de Diagnósticos de Enfermagem (Melo-Dias C. , 2020b? no prelo): 1. A perspectiva do referencial teórico. A prioridade decidida obedece à perspectiva do referencial teórico utilizado nesse setting clínico, por exemplo, a teoria das Necessidades Humanas Fundamentais, em que as necessidades estão organizadas de forma hierárquica e desenvolvimentista, em que só surge a necessidade seguinte hierarquicamente superior quando a anterior está relativamente satisfeita; 2. A capacidade específica das intervenções do serviço/Enfermeiro. A capacidade ou valência específica das intervenções do serviço associado ao estado da arte/perícia técnico-científica dos Enfermeiros (e equipa), quer pelo nível de preparação, quer pelo projeto organizador dessa equipa, quer pela resposta social e clínica esperada e financiada por essa equipa; 3. A cronologia do quotidiano. A cronologia do dia/quotidiano/dia-a-dia nessa Unidade/Comunidade, incluindo o tempo disponível e o necessário (clínica e eticamente baseado); 4.

As preferências/cultura do cliente. Nas preferências e cultura do cliente, inclui a negociação de momentos, estilos de abordagem, especificidades de desenho ou pormenor, tentando sintonizar à vontade expressa de cada cliente.

C= Comparação do(s) dado(s)/valor(es) clínicos do cliente. Comparações efetuadas relativamente aos valores base conhecidos desse cliente ou pretendidos (saúdáveis) por/para esse cliente (exemplo: antes desta ocorrência, e/ou na admissão a este episódio/consulta, e/ou no momento atual), decorrentes das entrevistas, observações e registo da pessoa, desde os dados mais biológicos aos dados mais psicossociais.

Esta etapa é abordada concomitantemente com a anterior, a inferência, dedução e indução, quer para lhe associar dados e informações sensíveis à circunstância do cliente, quer para esclarecer a perspectiva qualitativa e quantitativa dos resultados a atingir.

O= Outcomes (Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) ou em linguagem natural) expectados para o cliente, sintonizados com cinco dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, com o potencial de resposta e de recovery, e com as três dimensões da transição desenvolvimental ou de resposta humana, formulando no âmbito dos resultados esperados/objetivos específicos (quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 17) quer na oportunidade de atingir o máximo de desempenho possível de autonomia e de satisfação nas suas NHF na sua comunidade (Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2014, p. 17) expondo os ganhos em saúde, do cliente e do sistema de saúde.

Ter em consideração padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 17): a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e a autocuidado dos clientes, a readaptação funcional.

Ter em consideração o potencial de recovery do cliente: como referido anteriormente.

Ter em consideração as três dimensões de resposta humana: como referido anteriormente.

T= Tipo e desenho da(s) intervenção(ções) de Enfermagem. Respeitando o enquadramento técnico-científico de Enfermagem e a necessária pessoalização do cuidar, redigindo Intervenções de Enfermagem Focadas (IEF), e ordenando-as tendo em conta também, os quatro princípios de priorização de diagnósticos de Enfermagem (Melo-Dias C. , 2020b? no prelo) e tendo em conta como está a ser vivida pela pessoa (cliente) a experiência do processo de transição e eventos associados como defendido por Afaf Meleis (Meleis, 2010).

Ter em consideração o conjunto essencial de dez padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem: como referido anteriormente.

Ter em consideração Intervenções de Enfermagem Focadas (IEF) (Melo-Dias C. , 2020b? no prelo): como referido anteriormente, num processo de especificidade e personalização, garantindo congruência em duas vertentes: ser sensível e dar resposta às necessidades humanas fundamentais de cada cliente, e ser sintónica e adaptativa ao funcionamento, estilo de vida e sucesso de cada um dos clientes (Melo-Dias C. , 2020b? no prelo):

A redação das IEF (transversal às taxonomias e classificações) com operacionalização congruente com a continuidade, contêm os seguintes componentes: o verbo da *ação* + o *quê* e *como* vamos fazer + *quando* e *que frequência* + *duração* + *onde* se realiza + *com quem* (individual ou grupal).

(exemplo geral: Executar ^[ação] relaxamento ^[o quê] muscular progressivo ^[como] às 18h00 diariamente ^[quando e frequência] durante 15 minutos ^[duração] no ginásio ^[onde] em grupo ^[com quem]).

Ter em consideração os quatro princípios de priorização de diagnósticos de Enfermagem (Melo-Dias C. , 2020b? no prelo) como referido anteriormente, 1. A perspetiva do referencial teórico; 2. A capacidade específica das intervenções do serviço; 3. A cronologia do quotidiano; e 4. As preferências/cultura do cliente.

O enquadramento e construção dos componentes/etapas no formato do acrónimo PICOT-clinic exige prática no questionamento clínico, com questões de primeiro plano – ou seja – específicas, circunstanciais e pessoalizadas. A análise e decisão das respostas permite obter a evidência necessária à decisão clínica suportada em evidências efetivas do impacto nos outcomes.

Este questionamento do PICOT-clinic, da experiência clínica vivida, segue o estilo da teoria da aprendizagem experiencial de Kolb, donde o conhecimento (novo) é criado através da combinação entre a apreensão e transformação da experiência pela pessoa (Enfermeiro), num ciclo dialético e de tensão criativa ideal de quatro modos de apreensão/aprendizagem da experiência: a experiência concreta, a observação reflexiva, a construção de concetualização e generalização, e o teste dessa concetualização na ação em novas situações, onde esse sujeito da ação (Enfermeiro) visita e utiliza todos os conhecimentos base, refletindo, experimentando e agindo, respondendo ao desafio em análise (Pedrosa-de-Jesus, Almeida, & Watts, 2004; Kolb & Kolb, 2008).

Assim num exemplo de raciocínio clínico em Enfermagem utilizando o acrónimo PICOT-clinic procede-se seguidamente à formulação e preenchimento do PICOT-clinic, dos seus componentes/etapas, passo-a-passo, questionando e respondendo a cada conteúdo anteriormente apresentado, selecionando os construtos e achados pertinentes para a situação/experiência em análise.

Caso Clínico de Enfermagem (vinheta)

Discussão de exemplo de raciocínio clínico em Enfermagem utilizando o acrónimo PICOT-clinic

Adulto de 23 anos de idade, caucasiano, solteiro, completou o 9ºano (reprovando duas vezes durante o seu percurso escolar). Internamento anterior em Unidade de Agudos, durante 2 meses com quadro clínico de alterações da senso-perceção e do conteúdo do pensamento (doença esquizofrenia), manifestado por alucinações auditivas e visuais (observado a falar com alguém (inexistente) sobre que fato comprar para a

gala da Polícia)) e considerava-se um agente especial da polícia judiciária.

Internamento atual, imediatamente após o referido, agora numa unidade com reabilitação psicossocial. Acrescenta, à apresentação da sintomatologia psiquiátrica, o anterior consumo de substâncias psicoativas, consumos etílicos e tabágicos desde os 14 anos, e teve dois anteriores internamentos em cuidados diferenciados hospitalares em psiquiatria aos 18 anos e aos 20 anos.

Nas NHF, referindo aqui apenas as problemáticas que concorrem para a incapacidade de satisfação/dependência, apresenta: hábitos tabágicos (cerca de 20 cigarros por dia), Índice de Massa Corporal de 36,2 kg/m², Índice de Massa Corporal de 36,2 kg/m², classificado como Obesidade grau II, Pressão Arterial de 143/92 mm/Hg configura hipertensão arterial, hábitos de sono irregulares, estrias na região abdominal, já apresentou anteriormente alterações de pensamento e da percepção, e aos fins-de-semana (em casa) não cumpre o esquema terapêutico e medicamentoso recomendado, referindo autoestima baixa e que para se sentir realizado gostava de ter um trabalho diurno diferente do que exercia anteriormente (ajudante de transporte numa “empresa de carnes”) com um ordenado estável.

No EEM (exame do estado mental): apresenta tremor fino ao nível dos membros superiores, dificuldade em expressar as suas emoções e atualmente, refere que por vezes ainda manifesta alucinoses, parece apresentar insight e juízo crítico para o caráter patológico da sintomatologia psicótica, “por vezes ouço vozes, mas sei que não são de verdade”, atualmente já não se verificam, e também não apresenta os delírios de grandiosidade.

Questionamento e análise suportado pelo acrónimo PICOT de caso clínico exemplo para a sistematização do raciocínio da clínica dos cuidados de Enfermagem (ver quadro 12).

Quadro 12- PICOT-clinic, Pessoa e Raciocínio da Inferência e Comparação

P= Pessoa	I= Inferência, dedução e indução & C= Comparação
9ºano escolaridade, (reprovando duas vezes), terceiro internamento hospitalar	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “vulnerabilidade” e “potencial de recovery”, acresce compreensão com padrão conhecimento empírico, e desconhecimento...
Alucinações auditivas e visuais (doença esquizofrenia) (já não apresenta)	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, acresce compreensão com padrão conhecimento empírico, e também resposta humana sensório-neuro-motora e cognitiva, para uma formulação de um DE de risco.
Consumo de substâncias psicoativas, consumos etílicos e tabágicos a partir dos 14 anos	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “vulnerabilidade”, acresce compreensão com padrão conhecimento empírico, e também resposta humana sensório-neuro-motora, para uma formulação de um DE de risco.
Primeiro internamento em psiquiatria aos 18 anos	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “vulnerabilidade”, acresce compreensão com padrão conhecimento empírico, perspetivando o potencial de resposta e de recovery, para uma formulação de um DE possível/promoção da saúde.
Hábitos tabágicos (20 cigarros/dia)	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “vulnerabilidade”, acresce compreensão com padrão conhecimento empírico, o estético e o cultural, e também resposta humana cognitiva e psicossocial, para uma formulação de um DE de risco.

Obesidade grau II + estrias na região abdominal + conhecimento sobre regime dietético	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “vulnerabilidade”, acresce compreensão com padrão conhecimento empírico, o estético e o cultural, e também resposta humana sensório-neuro-motora, cognitiva e psicossocial, para uma formulação de um DE atual.
Hipertensão arterial	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “vulnerabilidade”, acresce compreensão com padrão conhecimento empírico, para uma formulação de um DE atual.
Hábitos de sono irregulares	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “vulnerabilidade”, acresce compreensão com padrão conhecimento empírico, perspetivando o potencial de resposta e de recovery, para uma formulação de um DE possível/promoção da saúde.
Não cumpre o esquema terapêutico/medicamentoso	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “vulnerabilidade” e “potencial de recovery”, acresce compreensão com padrão conhecimento empírico, o pessoal, o desconhecimento e o reflexivo, e também resposta humana cognitiva e psicossocial, perspetivando o potencial de resposta e de recovery, para uma formulação de um DE possível/promoção da saúde.
Autoestima baixa + gostava de ter um trabalho diurno diferente	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “potencial de recovery”, acresce compreensão com padrão conhecimento pessoal, reflexivo, cultural, e o sociopolítico, perspetivando o potencial de resposta e de recovery, para uma formulação de um DE possível/promoção da saúde.
Dificuldade em expressar as suas emoções	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “vulnerabilidade”, acresce compreensão com padrão conhecimento empírico, o estético, o pessoal, o reflexivo, o experiencial e o cultural, e também resposta humana psicossocial, perspetivando o potencial de resposta e de recovery, para uma formulação de um DE possível/promoção da saúde.
Internamento atual em unidade reabilitação psicossocial.	Dados de P para utilizar em I, na inferência, dedução e indução & comparação, suportado por “potencial de recovery”, acresce compreensão com padrão conhecimento experiencial, o cultural, o sociopolítico, e o solidário, e também resposta humana psicossocial, perspetivando o potencial de resposta e de recovery, para uma formulação de um DE de promoção da saúde. Por fim, proceder ao estabelecimento da priorização com os quatro Princípios de Priorização de Diagnósticos de Enfermagem (1. referencial teórico, 2. capacidade de intervenções, 3. dia-a-dia, 4. preferências/cultura do cliente).
I= Inferência, dedução e indução & C= Comparação (continuação)	

Deste raciocínio definem-se os seguintes DE redigindo-os com a taxonomia CIPE versão 2015: Abuso do tabaco; Autoestima baixa; Excesso de Peso elevado; Sono comprometido; Risco de gerir o regime medicamentoso de forma ineficaz; Risco de pensamento distorcido; Risco de perceção comprometida, e Possível aquisição de habilidades práticas associada ao conhecimento e à prática de treino. Utilizando os quatro princípios da priorização, os DE ficariam assim organizados na abordagem (ver quadro 13):

Quadro 13- Ordenação dos DE segundo os quatro princípios da priorização

1. Sono comprometido

- [5ª NHF, mais geradora de desequilíbrio homeostático do que os restantes diagnósticos, influenciando qualidade de funcionamento e vida no período de repouso e no período vigília];

2. Risco de gerir o regime medicamentoso de forma ineficaz

- [risco moderado, mas caso ocorra o desequilíbrio do plateau medicamentoso atingido, convoca potencial crise ou exacerbação de sintomatologia ou acréscimo de défice em capacidades como a concentração, orientação e reflexão. Daí ser o 2º DE prioritário a ser trabalhado];

3. Risco de pensamento distorcido

- [Presente no histórico sintomatológico recente, o risco é moderado na possibilidade de ocorrer, quer por variações no cumprimento da prescrição medicamentosa, quer por interferência de comorbilidades ou outra variável interna ou externa como a resposta de ansiedade ao stress. Ao ocorrer conduz à dificuldade de teste da realidade e a disfunção social e pessoal completa nesse momento específico. Daí ser o 3º DE prioritário a ser trabalhado];

4. Risco de perceção comprometida

- [semelhante ao anterior, no campo das alterações da perceção. Daí ser o 4º DE prioritário, mas a ser trabalhado em simultâneo com o 3º];

5. Autoestima baixa

- [Alteração insidiosa e transversal que caracteriza emocionalmente todas as interações pessoais entre os seus próprios pensamentos e valores e na comunicação com os outros. No entanto qualitativamente e quantitativamente em baxi expressão de ocorrência, daí ser o 5º DE prioritário];

6. Falta de conhecimento sobre regime dietético (Obesidade, grau II)

- [Alteração pertinente, em particular para a saúde global do cliente, bem como a sua qualidade de vida, mas de reequilíbrio e reajuste que necessariamente inclui hábitos de vida, hábitos de dieta, perspetivas de conhecimento e cultura, mantendo parâmetros saudáveis de ingestão de alimentos e de gasto de energia. Requer intervenções continuadas no tempo, a começarem já, mas num nível não prioritário];

7. Abuso do tabaco

- [Alteração pertinente – à semelhança da anterior - em particular para a saúde global do cliente, bem como a sua qualidade de vida e prevenção de comorbilidades, mas de reequilíbrio e reajuste que necessariamente inclui hábitos de vida, de conhecimento e de cultura. Requer intervenções continuadas no tempo, resiliência e reajuste do estilo de vida, mas num nível não prioritário de intervenção];

8. Possível aquisição de habilidades práticas associada ao conhecimento, e prática de treino

- [Diagnóstico de promoção fundamental para este cliente, claramente iniciado quando atingida a estabilidade no quadro clínico e na disponibilidade cognitiva e motivacional, e de carácter continuado no tempo, tentando alcançar gradativamente mais diversidade, especificidade, e generalização para a realidade, dentro deste setting e transpondo com ligações à comunidade. Daí ser o último DE neste caso clínico, mas obrigatório de ser iniciado o seu trabalho já neste setting clínico].

O= Outcomes

Figura 3- Diagnósticos prioritários + Objetivos + Outcomes

Utilizando o PICOT-clinic, no próximo componente ponderam-se os outcomes (e os objetivos SMARTp que lhe deram origem) e aqui como exemplo abordamos apenas os três primeiros DE (ver figura 1).

Perspetivam-se os melhores resultados que é aceitável esperar para o cliente, para as suas condições de recovery e para o setting clínico em que se encontra, aferidos nas dimensões pessoais de Sensório-neuro-motora, Cognitiva e Psicossocial, e alinhados com os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, nomeadamente satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e ao autocuidado dos clientes, a readaptação funcional, associados a objetivos SMARTp.

Assim, temos:

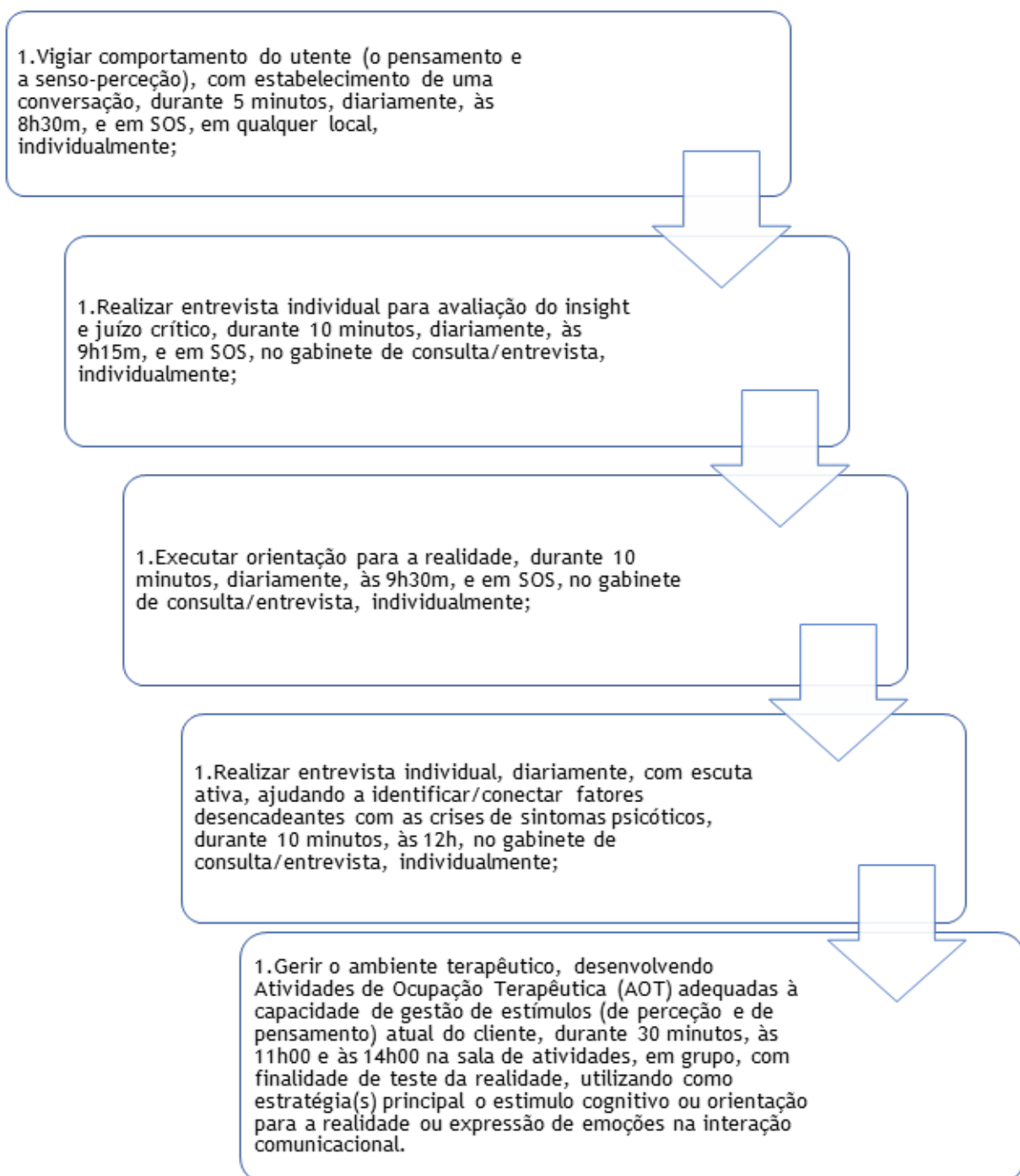


T= Tipo e desenho de intervenções

O último componente/etapa do acrónimo PICOT-clinic refere-se ao tratamento e intervenções de Enfermagem a formular, e aqui como exemplo abordamos o DE Risco de pensamento distorcido.

Assim respeitando a perspetiva técnico-científica de Enfermagem e concomitantemente pessoalização do cuidar, associando ainda os quatro princípios de priorização, temos para este DE as seguintes Intervenções de Enfermagem Focadas (IEF) (ver Tabela 3):

Esquema 1- Intervenções de Enfermagem Focadas para um diagnóstico (exemplo)



CONCLUSÃO

O exercício clínico autónomo de Enfermagem ao serviço duma profissão e duma missão exige pensar criticamente, concretizando o raciocínio clínico na prática clínica de Enfermagem como um processo de pensamento fundamentado nos conhecimentos teóricos e práticos da experiência profissional e pessoal do Enfermeiro, sistematicamente aumentando a precisão, acuidade, especificidade, a pessoalização a rentabilização e a minimização do erro.

Na prática clínica de Enfermagem o processo de raciocínio e de decisão clínicos expõe-se através da formulação/prescrição de intervenções, imbuídas numa integratividade inclusiva dos padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem: o empírico, o estético, o ético, o pessoal, o desconhecimento, o reflexivo, o experiencial, o cultural, o sociopolítico, e o solidário. Esta formulação de intervenções IEF implica estrategicamente, na sua pragmática Enfermeiro-Cliente, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, perseguindo os ganhos em saúde potenciados pela ação do Enfermeiro, associados à perspetiva construtiva e positiva dos objetivos SMARTp.

Estas Intervenções de Enfermagem Focadas (IEF) particularmente úteis nos domínios de estabilização clínica, do ensino-aprendizagem e no coping relacionado com as doenças e os tratamentos, e das estratégias de gestão do burden dos sintomas e projeto de recuperação/vida, concretizam as ações dos Enfermeiros na especificidade e a personalização, dando respostas às necessidades humanas fundamentais de cada cliente, sintónicas e adaptativas ao seu funcionamento, estilo de vida e sucesso.

Todo este exercício clínico autónomo de Enfermagem, centrado no cliente, baseado na evidência e no estado da arte pode ser melhorado utilizando o acrónimo PICOT-clinic como uma abordagem pragmática, organizada, aferível e útil para estruturar a dinâmica do raciocínio, sua inferência e dedução.

Parece operacional que o uso do acrónimo PICOT-clinic influencie as diferentes formas/modos que nós Enfermeiros interpretamos para aprender, pensar, ensinar, raciocinar, nomeadamente: o aprofundamento do conhecimento; a integração teórico-prática do conhecimento; as múltiplas formas de pensamento crítico; o formando pró-ativo da sua aprendizagem; e conhecimento focado na circunstância/situação real (Benner, 2015), a saber: primeiro, no aumento do aprofundamento do conhecimento, e nesse aquele que se contextualiza e na forma de como e quando utilizar esse conhecimento; segundo, na integração teórico-prática do conhecimento, ou seja, na passagem entre a aquisição do conhecimento e o seu uso, pois como disciplina com ação clínica o uso do conhecimento é tão importante como o conhecimento teórico adquirido; terceiro, no perspetivar das habilidades de pensamento crítico em múltiplas e diversas formas de pensar, dadas as alterações particulares e peculiares das transições dos clientes ao longo do tempo, dadas as diferentes escolas de pensamento explicativas da realidade clínica, dados os diversos padrões de conhecimento, dadas as diferentes formas de interpretar a saúde e a doença, bem como os processos de tratamento, de coping e de reabilitação; quarto, na socialização intrínseca ao exercício da Enfermagem, o formando é pró-ativo da sua aprendizagem, num saber-estar profissional, agente do seu próprio desenvolvimento de habilidades, hábitos de raciocínio e noções da melhor prática de Enfermagem; e quinto, o conhecimento precisa ser focado na circunstância/situação real, dando enfase aos aspetos relevo da situação clínica específica, aplicando a indução e o uso contextualizado do conhecimento.

Continuando na construção duma Enfermagem que se projeta para uma cosmovisão unitária da disciplina de Enfermagem aplicada num mundo em evolução, em valores intemporais, na saúde integral e para além dos tratamentos, e no cuidar da pessoa (Watson, 2017).

Será por isso promissor apreciar o impacto e enriquecimento do PICOT-clinic nos mais diversos cenários de desenvolvimento e exercício do Enfermeiro clínico, desde a sua formação pré-graduada, formação pós-graduada e contínua, e exercício profissional clínico.

Consideramos que o acrónimo PICOT-clinic específico para a Enfermagem clínica, embora seja razoável aceitar que em revolução se pode adaptar a outras áreas e circunstâncias clínicas em saúde, enquanto uma ferramenta de raciocínio individual e grupal, enquanto organizador de debate estruturado e passo-a-passo entre pares e entre equipas, bem como de raciocínio clínico para a eficácia das estratégias e intervenções

REFERENCIAS

- Ackley, B., & Ladwig, G. (2014). *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care* (10th ed.). Maryland Heights, Missouri: Mosby Elsevier.
- Baixinho, C., Ferraz, I., Ferreira, Ó., & Rafael, H. (2014). A arte e a aprendizagem dos padrões de conhecimento em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(spe2), pp. 164-170. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000800024>
- Benner, P. (2015). Curricular and pedagogical implications for the Carnegie Study, educating nurses: a call for radical transformation. *Asian Nursing Research*(9), pp. 1-6. doi:10.1016/j.anr.2015.02.001
- Benner, P., Hughes, R., & Sutphen, M. (2008). Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: Thinking Critically and Clinically. In R. Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/>
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2009). *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- Blakey, E. (2015, Dec). Teamwork and solidarity: improving health care for all. *Br J Nurs*, 24(22). doi:10.12968/bjon.2015.24.22.1164
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), pp. 13-23.
- Chinn, P. (2017, January). Nurses Declaration of Solidarity and Resistance. Retrieved 8 21, 2018, from <https://nursemanifest.com/2017/01/30/nurses-declaration-of-solidarity-and-resistance/>
- Chinn, P., & Kramer, M. (1995). *Theory and Nursing a Systematic Approach* (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Corrigan, P., Watson, A., Warpinski, A., & Gracia, G. (2004). Stigmatizing Attitudes about Mental Illness and Allocation of Resources to Mental Health Services. *Community Mental Health Journal*, 40(4), pp. 297-307.
- CRD – Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic Reviews – CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York: CRD, University of York.
- Dan, X., Xu, S., Liu, J., Hou, R., Liu, Y., & Ma, H. (2018). Innovative behaviour and career success: Mediating roles of self-efficacy and colleague solidarity of nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), pp. 275-280. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.07.003>
- Doran, G. (1981). There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives. *Management Review*(70), pp. 35-36.
- Echevarria, I., & Walker, S. (2014). To make your case, start with a PICOT question. *Nursing*, 44(2), pp. 18-9. doi:10.1097/01.NURSE.0000442594.00242.f9
- Egry, E. (2011). O tsunami, a solidariedade e a construção social do conhecimento em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), pp. 799-801. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400001>
- Elias, B., Polancich, S., Jones, C., & Convoy, S. (2015, Oct). Evolving the PICOT Method for the Digital Age: The PICOT-D. *J Nurs Educ*, 54(10), pp. 594-9. doi:10.3928/01484834-20150916-09
- Fernandes, D., Verissimo, F., & Gama, G. (2013). Humanização da Dor e do Sofrimento - Refletir sobre o cuidar em fim de vida. *Revista Nursing*(289 (ano 26)). Retrieved Agosto 11, 2018, from <http://www.nursing.pt/wp-content/upload>
- Gomes, D., & Ramos, F. (2015). Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), pp. 9-20. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57>

- Heath, H. (1998). Reflections and patterns of knowing in nursing. *Journal of advanced nursing. Journal of advanced nursing*, 27(5), pp. 1054-1059.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. (R. M. Garcez, Trans.) Porto Alegre: Artmed.
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. Joint Commission on Mental Illness and Health. Basic Books Inc., Publishers, New York.
- Johns, C. (2010). *Guided Reflection: A Narrative Approach to Advancing Professional Practice* (2nd ed.). (Wiley-Blackwell, Ed.)
- Kim, H., & Kollack, I. (2006). *Nursing Theories Conceptual & Philosophical Foundations* (2nd ed.). New York, USA: Springer Publishing Company, Inc.
- Kolb, A., & Kolb, D. (2008). *Experiential Learning Theory: A Dynamic, Holistic Approach to Management Learning, Education and Development*. In S. Armstrong, & C. Fukami, *Handbook of Management Learning, Education and Development*. London: Sage Publications.
- Leininger, M., & Watson, J. (1990). *The caring imperative in education*. New York: National League for Nursing. New York: National League for Nursing.
- Lima, P. (2012, Fevereiro). Heidegger e a fenomenologia da solidão humana. Tese de Doutorado em Antropologia Filosófica. Retrieved Agosto 11, 2018, from <https://run.unl.pt/bitstream/10362/8609/1/Heidegger%20e%20a%20fenomenologia%20da%20solid%C3%A3o%20humana%20%28vol.%20I%29.pdf>
- Lluch, M. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual*(11), pp. 61-78.
- Magalhães, M. D., & Lopes, M. J. (2013). Raciocínio e tomada de decisão em enfermagem. Comunicação apresentada no âmbito das oficinas temáticas promovidas pelo centro de investigação em ciências e tecnologias da saúde e pela escola de enfermagem da universidade de Évora. Retrieved fev 6, 2014, from <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/10325>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2010). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo-Dias, C. (2015a). Estrutura de projeto de investigação, revisitada. *Revista Nursing* (online). Retrieved from <http://www.nursing.pt/estrutura-de-projeto-de-investigacao-revisitada/>
- Melo-Dias, C. (2015b). Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/19361>
- Melo-Dias, C. (2020a? no prelo). Atividades de Ocupação Terapêutica (AOT). In E. H. (Coordenadora), *Cuidado centrado no cliente [título provisório]*. Lisboa: Lusodidacta.
- Melo-Dias, C. (2020b? no prelo). Atividades de Ocupação Terapêutica – planificação, prescrição, execução e avaliação de Intervenções de Enfermagem Focadas com objetivos SMARTp.
- Melo-Dias, C., & Lopes, M. (2010). Raciocínio Clínico em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, pp. 33-47.
- Melo-Dias, C., & Silva, C. (2015). Sobre a vulnerabilidade.... *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), pp. 411-42. doi:<http://dx.doi.org/10.15309/15psd160311>
- Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de Ocupação Terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11:15-23.
- Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2016). Reasoning and planning of therapeutic occupation activities. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, pp. 63-70.

Mendes, M., Lopes, V., & Melo-Dias, C. (2020? no prelo). Autoestigma no Adulto com Esquizofrenia e sua influência na Adesão e Recovery – revisão integrativa. [no prelo].

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). NOC – Classificação de Resultados de Enfermagem (4ª edição ed.). Elsevier Editora.

Munhall, P. (1993). Toward another pattern of knowing. *Nurs Outlook*, 41, pp. 125-128.

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*(17), pp. 3-13. Retrieved from http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011, Outubro 22). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental.

Ortiz, M. (2018). Patient-Centered Care: Nursing Knowledge and Policy. *Nursing Science Quarterly*, 31(3), pp. 291-295. doi: <https://doi.org/10.1177/0894318418774906>

Papathanasiou, I., Kleisiaris, C., Fradelos, E., Kakou, K., & Kourkouta, L. (2014). Critical Thinking: The Development of an Essential Skill for Nursing Students. *Acta Informatica Medica*, 22(4), pp. 283–286. doi:<http://doi.org/10.5455/aim.2014.22.283-286>

Parker, M. (2001). *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia, USA: F. A. Davis Company.

Pedrosa-de-Jesus, H., Almeida, P., & Watts, M. (2004). Questioning Styles and Students' Learning: Four case studies. *Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 24(4), pp. 531-548. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/0144341042>

Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*, 10(2), pp. 51-72.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.

Pires, M. (2005). Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Rev. latinoam. enferm.* (Online), 3(5), pp. 729-36. Retrieved 8 14, 2018, from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000500018&script=sci_abstract&tlng=pt

Portugal. (2015, Setembro 16). Lei n.º 156/2015 – Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série(181). Retrieved Agosto 11, 2018, from <http://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (2016). *Fundamentals of Nursing - E-Book* (9th ed.). Elsevier Health Sciences. Retrieved 8 2018, from https://play.google.com/books/reader?id=eCKKCwAAQBAJ&hl=en_US&pg=GBS.PA54

Premji, S., & Hatfield, J. (2016). Call to Action for Nurses/Nursing. *BioMed Research International*(Article ID 3127543). doi:<http://doi.org/10.1155/2016/3127543>

Queirós, P. (2014, jul-sep). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 23(3). Retrieved Outubro 2018, from <http://www.index-f.com/textocontexto/2014/r23776.php>

Roach, M. (2002). *Caring the human mode of being: a Blueprint for the Health Professions* (2nd rev. ed.). Canadian Ottawa: CHA Press, 2002 (2nd rev. ed. ed.). Canadian Ottawa: CHA Press.

Robinson, J. (2012). Solidarity in nursing: ICN leads the way. *International Nursing Review*, 59(3), p. 3. doi:1111/j.1466-7657.2011.00971.x

Rorty, R. (1989). *Contingency, Irony, and Solidarity*. USA: Cambridge University Press.

Sakamoto, M. (2018, Jul). Nursing knowledge: A middle ground exploration. *Nurs Philos* (Epub), 19(3), p. e12209. doi:10.1111/nup.12209

- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7352), pp. 1470-1471. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470>
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Sepasi, R., Borhani, F., & Abbaszadeh, A. (2017). Nurses' perception of the strategies to gaining professional power: A qualitative study. *Electronic Physician*, 9(7), pp. 4853-4861. doi:<http://doi.org/10.19082/4853>
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Siewert, J., Santos, E., & Alvarez, A. (2013). Padrões de conhecimento em enfermagem na produção de um grupo de estudos sobre idosos. In A. Nacional (Ed.), 17º SENPE – Seminário nacional de pesquisa em enfermagem. Brasil. Retrieved from http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1673co.pdf
- Silva, D., & Batoca, E. (2003). O conhecimento científico e a enfermagem. *Millenium*(27). Retrieved consulted in Ago, 2018, from <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium27/13.htm>
- Smith, M. (1992). Is all knowing personal knowing? *Nursing Science Quarterly*, 5(1), pp. 2-3. doi: <https://doi.org/10.1177/089431849200500102>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação Enfermagem*, 2(23), pp. 31-39.
- Vale, E., & Pagliuca, L. (2011). Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), pp. 106-113. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>
- van Graan, A. C., Williams, M. J., & Koen, M. P. (2016). Professional nurses' understanding of clinical judgement: A contextual inquiry. *Health SA Gesondheid*, 21(1), pp. 280-293.
- Vivar, I. H. (2013). La solidaridad en la enfermería. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(2), pp. 132-133. Retrieved 21 2018, Outubro, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000200001&lng=es&tlng=es.
- Waldow, V. (1998). In D. Meyer, V. Waldow, & M. Lopes, *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médica.
- Waldow, V., & Borges, R. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), pp. 414-418. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>
- Waldow, V., & Fensterseifer, L. (2011). Saberes da enfermagem - a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(3), pp. 629-632. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300027>
- Watson, J. (2017, Jan). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4). doi:<https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>
- White, J. (1995, Jun). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), pp. 73-86.
- Wolff, L. (1996, jan/jul). Uma contribuição à reflexão sobre o conhecimento e o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 1(1), pp. 34-38.
- Zander, P. (2007). Ways of knowing in nursing: the historical evolution of a concept. *J Theor Construct Test*, 11(1), pp. 7-11.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability – A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), pp. 103-26.